



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



CASO CLÍNICO

Toxoplasmosis congénita



Santiago Beltrán-Flores, Joel Flores-Arriaga y Mauricio Lema-Correa*

Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

Recibido el 9 de septiembre de 2014; aceptado el 18 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Toxoplasmosis
congénita;
Coriorretinitis;
Recién nacido

Resumen

Introducción: La toxoplasmosis causada por el *Toxoplasma gondii* se transmite a los humanos de manera transplacentaria, entre otras. Se estima que infecta a un tercio de la población mundial y está asociado con infección congénita y abortos. Solo son sintomáticos del 10 al 20% de los casos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino referido a un hospital de mayor complejidad. Durante la hospitalización se realiza el diagnóstico de toxoplasmosis congénita con diversas manifestaciones sistémicas.

Conclusiones: La mayor parte de los casos de toxoplasmosis congénita suelen ser asintomáticos. Es necesario realizar pruebas diagnósticas y un examen físico completo ante la sospecha de la infección para detectar tempranamente todas las manifestaciones posibles.

© 2014 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Congenital
toxoplasmosis;
Chorioretinitis;
Newborn

Congenital toxoplasmosis

Abstract

Background: Toxoplasmosis, caused by *Toxoplasma gondii*, is transmitted to humans in several ways, such as transplacental spread. It is estimated that this parasite infects a third of the world population and it is associated with congenital infection and fetal loss. Only 10 to 20% of the cases are symptomatic.

Case report: We present the case of a pre-term newborn that had been referred to a tertiary care center. During the in-hospital period, diagnosis of congenital toxoplasmosis with many systemic manifestations was performed.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlemacorrea@gmail.com (M. Lema-Correa).

Conclusions: Most cases of congenital toxoplasmosis are asymptomatic. Diagnosis tests and a complete physical examination should be performed on all newborns with suspicion of infection to detect all possible manifestations as in the case reported.

© 2014 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

1. Introducción

La toxoplasmosis es causada por el *Toxoplasma gondii*, un parásito protozoario con un complejo ciclo de vida que presenta tres estados: taquizoito, bradizoito y esporozoito¹. Su huésped definitivo son los felinos, incluidos los gatos domésticos. Se transmite a humanos por tres vías: consumo de carne infectada, ingesta de ovoquistes de heces felinas y de manera transplacentaria¹. Se estima que un tercio de la población mundial se encuentra infectado² y se asocia con infecciones congénitas y abortos.

Del total de casos, solamente del 10-20% son sintomáticos. Es posible que la infección congénita se presente como enfermedad neonatal. Las manifestaciones dependen del momento en que se adquiere la infección, siendo de mayor gravedad entre la semana 10 y la 24 de gestación². Existe una tríada clásica de síntomas que sugieren toxoplasmosis. Esta incluye coriorretinitis, calcificaciones intracraneales e hidrocefalia¹. Entre otras manifestaciones se encuentran estrabismo, ceguera, convulsiones, retraso de desarrollo psicomotor, retraso mental, anemia, ictericia, rash, Petequias por trombocitopenia, encefalitis, neumonitis, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia y síntomas no específicos^{2,3} (tabla 1).

Tabla 1 Manifestaciones clínicas del paciente con toxoplasmosis y su frecuencia de aparición

Manifestaciones clínicas	Frecuencia de aparición (%) ⁹
Prematuridad	
< 2,500 g	3.8
2,500-3,000 g	7.1
Ictericia	10
Hepatoesplenomegalia	4.2
Anemia, eosinofilia	4.4
Hidrocefalia	3.8
Hipotonía	5.7
Calcificación intracraneal	11.4
Coriorretinitis	66
Bilateral	5.7
Sordera	10

La toxoplasmosis es diagnosticada usualmente por detección de anticuerpos³.

El objetivo de este trabajo fue presentar un caso en el que se observaron la mayoría de las manifestaciones reportadas para toxoplasmosis.

2. Caso clínico

Se recibió a un recién nacido de 7 días de edad transferido de un hospital de una zona rural del país. Producto de parto eutócico, pretérmino de 32 semanas, peso de 2,030 g y Apgar 4'7''. Al examen físico se encontró abdomen globoso distendido, hipotónico, hidrocele en bolsas escrotales, cianosis cefalocaudal, tirajes intercostales y aleteo nasal. La madre, de 31 años, tuvo infección urinaria durante el último trimestre de embarazo, con el tratamiento respectivo. Se contó con el antecedente de controles prenatales, ecografía con signos de polihidramnios severo y ascitis fetal.

El paciente ingresó con diagnóstico de ascitis congénita, ictericia neonatal y probable sepsis, por lo que recibió tratamiento antibiótico. Los exámenes complementarios fueron negativos para sepsis neonatal, incluyendo hemocultivo negativo. Cursó con coriorretinitis e hidrocefalia con calcificaciones parenquimatosas (fig. 1).

Durante la hospitalización se encontraron diversos resultados en las pruebas de laboratorio (tabla 2). Por sospecha de infección TORCH, se llevó a cabo la interconsulta con el servicio de Infectología, quienes realizaron pruebas serológicas para CMV y toxoplasmosis al paciente y a su madre. La madre presentó resultados positivos IgG para CMV y toxoplasmosis, y el paciente, positividad IgM para toxoplasmosis. Otros diagnósticos planteados fueron encefalitis, hepatitis, síndrome colestásico neonatal, pericarditis y peritonitis.

Tabla 2 Resultados relevantes de los exámenes de laboratorio durante la hospitalización

Examen	Resultado	Unidad
Hemoglobina	9.5	mg/dl
Leucocitos	4,310	mm ³
Eosinófilos	27	%
Bilirrubina total	3.00	mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.92	mg/dl
Bilirrubina directa	2.08	mg/dl
TGO	425	IU/l
TGP	170	IU/l
Fosfatasa alcalina	583	IU/l

TGO: transaminasa glutámico oxalacética; TGP: transaminasa glutámico pirúvica.

Al mes de vida fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos durante periodos de apnea, fiebre de 39 °C, desaturación del 77%, déficit ponderal marcado y diabetes insípida.

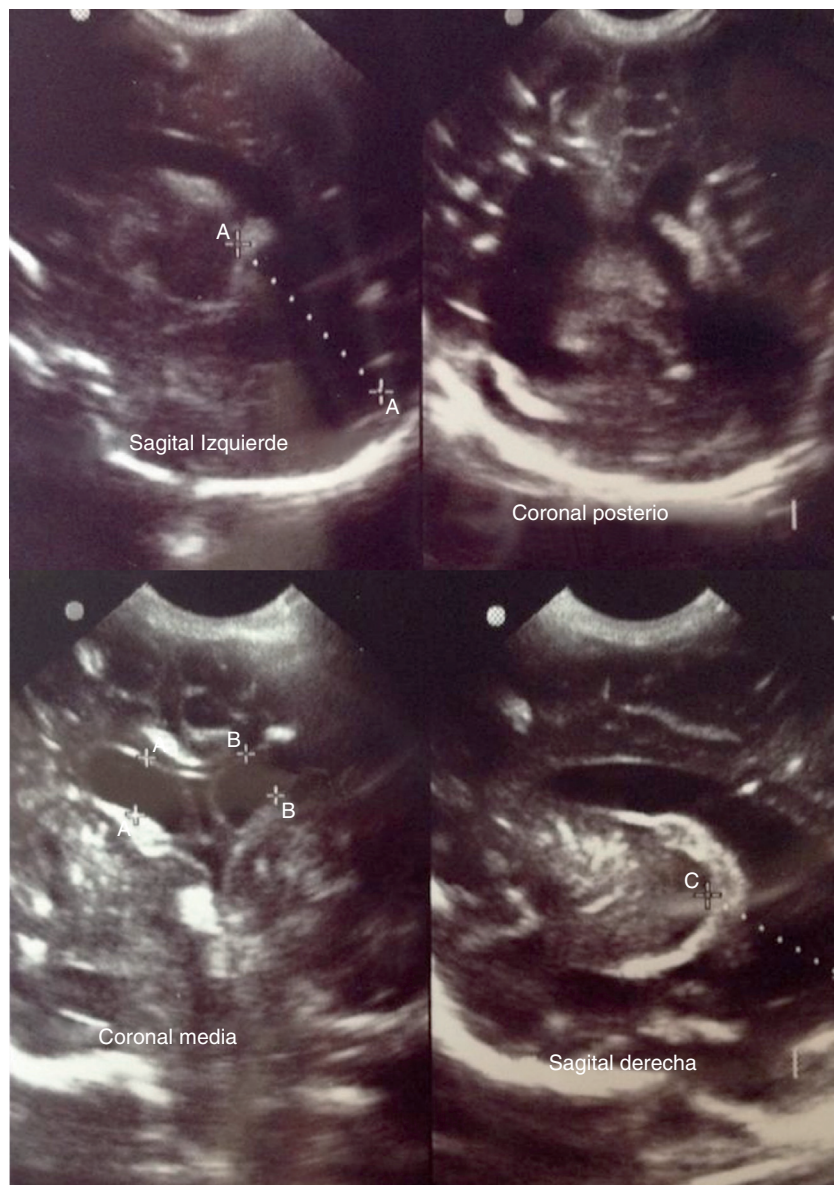


Figura 1 Se observan calcificaciones periventriculares múltiples y ventrículos aumentados de tamaño. Se diagnosticó hidrocefalia severa no comunicante y calcificaciones parenquimatosas múltiples.

Es dado de alta con diagnóstico de toxoplasmosis sistémica en tratamiento, con pronóstico reservado.

3. Discusión

La toxoplasmosis congénita es una enfermedad poco común en nuestro medio, ya que en las mujeres gestantes se realiza el tamiz obligatorio de enfermedades TORCH⁴. Según el momento de adquisición de la enfermedad durante la gestación, la severidad del caso será mayor o menor. Generalmente, la enfermedad cursa con poca sintomatología; incluso, asintomática⁵. Cuando existe, se focaliza principalmente en el sistema nervioso central o en la retina¹. En la toxoplasmosis se describe la tríada clásica que consiste en coriorretinitis, hidrocefalia y calcificaciones intracraneales que ocurren en menos de uno por cada 10 casos⁶. Son pocos los casos donde hay una enfermedad sistémica.

El caso presentado es de naturaleza compleja por la cantidad de manifestaciones clínicas observadas en el paciente. Usualmente, se origina por infección materna durante el primer trimestre. Se presentó la tríada clásica antes mencionada de hidrocefalia, coriorretinitis y microcalcificaciones intracraneales. Además, se encontró una variedad de síntomas que se presentan en una cantidad muy limitada de casos, como hepatoesplenomegalia e hipotonía. En múltiples publicaciones se han descrito hallazgos diversos y, en muchos casos, no específicos^{7,8}. Incluso, la misma enfermedad podría ser la causa de la prematuridad del paciente.

La prevalencia de manifestaciones clínicas en pacientes con toxoplasmosis puede ser variable. Sin embargo, la aparición de ictericia, calcificaciones intracraneales, coriorretinitis e hidrocefalia suele ser más frecuente^{8,9} (tabla 1).

Es muy importante que durante el diagnóstico se descarten otras etiologías que puedan explicar el cuadro. Como en

el caso presentado, debe diferenciarse de otras infecciones intrauterinas. De realizarse un diagnóstico temprano, podría darse un tratamiento oportuno para disminuir las posibles complicaciones. Se recomienda la evaluación tanto materna como del recién nacido. Dicha evaluación debe incluir exámenes oftalmológico, neurológico (incluyendo estudio de líquido cefalorraquídeo) y auditivo, además de los exámenes serológicos correspondientes^{5,7}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Yhuri Carreazo Pariasca (pediatra) y al Dr. Carlos Huer-
tas Félix (neonatólogo).

Referencias

1. Jones JL, Lopez A, Wilson M, Schulkin J, Gibbs R. Congenital toxoplasmosis: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2001;56: 296–305.
2. Weiss LM, Dubey JP. Toxoplasmosis: a history of clinical observations. *Int J Parasitol.* 2009;39:895–901.
3. Jones J, Lopez A, Wilson M. Congenital toxoplasmosis. *Am Fam Physician.* 2003;67:2131–8.
4. Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, Goldenberg RL, Eisele TP, Bhutta ZA. Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review. *BMC Public Health.* 2011;11 Suppl 3:S3.
5. Guerina NG, Hsu HW, Meissner HC, Maguire JH, Lynfield R, Stechenberg B, et al. Neonatal serologic and early treatment for congenital *Toxoplasma gondii* infection. The New England Regional Toxoplasma Working Group. *N Engl J Med.* 1994;330:1858–63.
6. Tamma P. Toxoplasmosis. *Pediatr Rev.* 2007;28:470–1.
7. McAuley J, Boyer KM, Patel D, Mets M, Swisher C, Roizen N, et al. Early and longitudinal evaluations of treated infants and children and untreated historical patients with congenital toxoplasmosis: the Chicago Collaborative Treatment Trial. *Clin Infect Dis.* 1994;18:38–72.
8. McLeod R, Boyer K, Karrison T, Kasza K, Swisher C, Roizen N, et al. Toxoplasmosis Study Group. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis. 1981–2004: the National Collaborative Chicago-Based, Congenital Toxoplasmosis Study. *Clin Infect Dis.* 2006;42:1383–94.
9. McLeod R, Kieffer F, Sautter M, Hosten T, Pelloux H. Why prevent, diagnose and treat congenital toxoplasmosis? *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2009;104:320–44.